

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

No 142

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES

Sarcomes du Maxillaire supérieur

A FORME PSEUDO-POLYPEUSE

PAR

ROBY JEAN

Interne des Hôpitaux du Havre

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

142

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

811



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES

Sarcomes du Maxillaire supérieur

A FORME PSEUDO-POLYPEUSE

PAR

ROBY JEAN

Interne des Hôpitaux du Havre

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHEL
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER

Clinique médicale.....

ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

N.
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER

Clinique chirurgicale.....

DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique oto-rhino-laryngologique.....

Clinique thérapeutique chirurgicale.....

Clinique propédeutique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBOULLET
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
RICHAUD
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Meis et Amicis

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de profonde affection et de grande
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET,

Professeur de Clinique Chirurgicale,

Chirurgien des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

A MES CHEFS DE SERVICE DANS LES HOPITAUX
DU HAVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR STEMPOWSKI

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Chef du service infantile des Hôpitaux du Havre*

*Hommage de notre sincère reconnaissance pour
les doctes conseils qu'il nous donna pendant
notre stage d'interne dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEOPOLD LE NOUËNE

Chirurgien chef de service des Hôpitaux du Havre

*Qui voulut bien nous inspirer le sujet de cette
thèse, témoignage de notre profonde recon-
naissance et de sincère admiration.*

Introduction

Ayant eu l'occasion d'observer dans la clinique privée du docteur Le Nouène un cas de sarcome du maxillaire supérieur à forme pseudo-polypeuse, il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature médicale quelques cas de sarcomes du maxillaire supérieur à forme pseudo-polypeuse.

Nous avons constaté que déjà, en 1898, dans une clinique de l'hôpital Necker, M. le Professeur Le Dentu attira l'attention de son service sur cette forme de sarcome, sur son évolution et sur les erreurs de diagnostic auxquelles elle pouvait donner lieu.

A la suite de l'observation du docteur Le Nouène, nous résumerons l'observation de M. le Professeur Le Dentu, et nous ajouterons quelques observations recueillies dans la thèse de Le Chaux et dans la thèse de Th. Arnal.

Avant de rapporter ces observations, nous étudierons l'anatomie pathologique, l'évolution clinique et le traitement de ces tumeurs sarcomateuses.

Par beaucoup de points, elles s'identifient avec les autres formes du sarcome du maxillaire supérieur. Nous signalerons les particularités de ces tumeurs à forme pseudo-polypeuse.

Anatomie Pathologique

Ce n'est guère qu'à partir du milieu du ^{xvii}^e siècle que l'on commença à se préoccuper des affections spéciales du maxillaire supérieur. A cette époque, ou plus exactement, en 1755, Bordenave, dans son mémoire à l'académie royale de chirurgie sur les maladies du maxillaire supérieur, publia la première observation de tumeur de cet os. A la suite de Bordenave un grand nombre d'autres étudièrent les différentes maladies du maxillaire supérieur ; mais ils décrivirent indifféremment sous le nom de tumeurs malignes, aussi bien les sarcomes que les cancers.

Ce n'est qu'au milieu de ce siècle que Lebert, le premier, différencia des tumeurs cancéreuses une tumeur qu'il décrivit sous le nom de tumeur fibro-plastique et qui n'était autre que le sarcome.

Deux hommes, Robin et Paget complétèrent l'œuvre anatomo-pathologique de Lebert. Robin, en effet, fit voir que le groupe des tumeurs fibro-plastiques contient en outre des tumeurs à corps fibro-plastiques, des tumeurs à cellules rondes qu'il appela embryoplastiques, et des tumeurs renfermant des éléments spéciaux signalés par Müller, de véritables plaques cellulaires auxquelles il imposa le nom de myéloplaxes. Presque à la même époque

Paget de son côté observait dans les os et décrivait sous le nom de tumeurs myéloïdes, les tumeurs à myéloplaxes de Robin.

A la suite de ces deux auteurs, Follin, Broca, Lannelongue, Nélaton, Cornil et Ranvier étudièrent surtout au point de vue anatomo-pathologique, l'affection qui nous occupe.

Plus récemment il nous faut citer les thèses de Guillaume, Jacquelin, Bertier et Arnal.

Enfin la thèse de Le Chaux (Paris 1899) fait un historique des sarcomes du maxillaire supérieur au point de vue anatomo-pathologique.

Le néoplasme envahit d'emblée le corps de l'os ; et alors, ou bien il se développe au centre même de l'os, constituant ainsi le sarcome central, ou bien il naît du périoste et constitue alors le sarcome périostique.

Le sarcome central se développe de préférence soit au niveau de l'arcade alvéolaire, soit comme l'a fait remarquer Eug. Nélaton au niveau de cette petite masse de tissu spongieux qui se trouve près des racines de la canine et de la deuxième incisive. Quoiqu'il en soit, il peut se présenter sous deux formes bien distinctes : la forme intra-osseuse enkystée et la forme intra-osseuse infiltrée. Dans la première de ces formes, la tumeur constitue une masse unique nettement limitée, contenue dans une coque osseuse plus ou moins complète et proémine plus ou moins vite, soit du côté de la joue, soit du côté de la cavité buccale ou nasale en perforant tôt ou tard la paroi amincie de l'os. Dans la forme intra-osseuse infiltrée, il n'existe pas de

coque osseuse et on n'observe pas de ligne de démarcation nette entre le tissu sain et le tissu malade.

Le sarcome périostique, encore appelé périphérique, constitue habituellement à la surface externe du maxillaire supérieur une masse arrondie et aplatie, plus ou moins volumineuse, recouverte par un périoste épaissi et recouvrant elle-même un os plus ou moins profondément altéré.

Au point de vue de leur structure, le plus souvent les sarcomes centraux des mâchoires sont des sarcomes myéloïdes encore appelés sarcome à myéloplaxes, par Eug. Nélaton qui en a donné dans sa thèse d'agrégation une excellente description. Ils ont habituellement une coloration rouge lie de vin que l'on a comparée à celle de la rate ou du poumon hépatisé.

Leur consistance est tantôt ferme, tantôt au contraire molle et friable.

Les sarcomes myéloïdes sont constitués, essentiellement par des myéloplaxes comme leur nom l'indique ; et accessoirement par des cellules arrondies petites ou cellules embryonnaires, et quelquefois aussi par des cellules allongées fusiformes.

Lorsque ces éléments accessoires viennent à prédominer, on n'est plus en présence d'un sarcome myéloïdes ; mais, suivant que les cellules embryonnaires ou fusiformes sont en majorité, on a affaire à un sarcome encéphaloïde ou à un sarcome fasciculé.

Les sarcomes myéloïdes s'observent surtout au niveau de l'arcade alvéolaire, tandis que les sarcomes du corps du maxillaire supérieur appartiennent de préférence au

groupe des sarcomes encéphaloïdes ou à celui des sarcomes fasciculés. Ces derniers néoplasmes que l'on confondait autrefois presque toujours avec les cancers atteignent quelquefois des dimensions énormes.

Parmi les transformations que peuvent subir les sarcomes centraux, de la mâchoire supérieure, il faut citer la formation de kystes dans leur intérieur (kystes-sarcomes) et surtout leur vascularisation exagérée donnant lieu pendant la vie à la production de battements et de souffles pouvant faire croire à un anévrisme.

Quant aux sarcomes périostiques, ce sont presque toujours des sarcomes encéphaloïdes ou fasciculés. L'ossification est fréquente dans cette variété de sarcomes (sarcomes ossifiants, sarcomes ostéoïdes) ; on voit alors des aiguilles osseuses partir de la surface de l'os et pénétrer dans la tumeur. Dans d'autres cas, il ne s'agit que d'une simple calcification. La transformation kystique est ici exceptionnelle.

Dans les quelques observations où nous avons trouvé un examen histologique les sarcomes à forme pseudo-polypeuse ont été donnés pour des sarcomes à myéloplaxes (cas de Le Dentu, de Guillaume, de Le Nouène).

Nous n'oserions cependant affirmer d'après ces quelques cas que les sarcomes à évolution intra-nasale doivent être forcément des sarcomes myéloïdes.

Évolution Clinique

On peut distinguer dans l'évolution clinique des sarcomes du maxillaire supérieur, trois périodes :

- 1° Une période de début ;
- 2° Une période d'état ;
- 3° Une période de terminaison.

1° *Période de début.* — C'est à cette période que les sarcomes à forme pseudo-polypeuse du maxillaire supérieur peuvent revêtir un aspect particulier.

Comme le fait remarquer le professeur Le Dentu dans son excellente leçon sur les pseudo-polypes des fosses nasales, il s'agit d'un individu qui se présente avec tous les symptômes d'un polype nasal. L'individu en question a des épistaxis fréquentes au moindre effort par l'une des narines qui est habituellement la narine gauche.

Il respire très difficilement par cette narine, et lorsqu'il essaie instinctivement de se débarrasser en se mouchant avec force de l'obstacle qui le gêne, il n'arrive à moucher qu'un liquide muco-purulent, strié de sang et souvent infect. Ajoutons que l'ouïe du côté correspondant à la narine obstruée, devient de plus en plus dure ; au point que quelquefois on observe une surdité complète ou à peu

près complète. Comme on le voit le malade présente tous les symptômes d'un polype nasal. L'erreur est inévitable malgré la rhinoscopie antérieure et postérieure, qui lorsqu'elles sont pratiquées, ne font d'ailleurs que confirmer le diagnostic. Le malade est donc soumis à une première opération qui a pour but de désobstruer sa narine en enlevant les masses polypeuses. Si alors le chirurgien spécialiste est instruit et consciencieux, il s'aperçoit que les végétations qu'il enlève sont molles, très friables, et ne ressemblent en tous cas nullement aux polypes muqueux ordinaires bien reconnaissables à leur aspect tremblottant; il se méfie et si, dit Estlander, il veut avoir recours à l'histologiste, le diagnostic précoce est fait, au grand avantage du malade. Mais l'opérateur se préoccupe habituellement fort peu des végétations qu'il enlève, et s'il a quelques doutes sur leur nature, il se garde bien d'en avertir le malade. Celui-ci sort d'ailleurs de la clinique très soulagé et enchanté. Malheureusement ce soulagement est de courte durée. Bientôt, en effet, la narine s'obstrue de nouveau et il faut une seconde intervention qui, comme la première, n'amène qu'une amélioration momentanée. Trois ou quatre opérations sont quelquefois ainsi pratiquées, jusqu'au jour où la tumeur maligne se présente enfin avec des symptômes tellement évidents, que l'erreur n'est désormais plus possible.

Quelquefois aussi le patient se présente avec tous les signes d'une sinusite (douleur siégeant au niveau du sinus maxillaire, projection de la joue en avant, affaissement de la voûte palatine du côté malade, ozène, etc.), si bien que le chirurgien pratique l'empyème du sinus en question;

opération qui n'amène généralement qu'un soulagement illusoire. Toutefois cette intervention est loin d'être inutile ; elle doit, en effet, éveiller l'attention du médecin, et si celui-ci veut bien se mettre en garde et observer scrupuleusement son malade, il est bientôt sur la voie du diagnostic.

2° *Période d'état.* — Les sarcomes préminent généralement à la fois extérieurement du côté de la joue et intérieurement de la cavité buccale et de la cavité nasale ; si bien que le facies du malade, dit facies de batracien est habituellement le suivant :

La joue du côté malade est soulevée par une tumeur plus ou moins volumineuse et de forme variable ; mais souvent allongée dans le sens vertical. Cette tumeur commence généralement à un travers de doigt au-dessous de la partie externe de l'orbite et se termine plus ou moins bas suivant le cas. A son niveau la peau de la joue, du moins à cette période, présente une coloration à peu près normale. La narine qui correspond du côté malade est très élargie dans le sens transversal et obstruée par des masses végétantes qui s'avancent quelquefois jusqu'à l'orifice externe. L'œil est aussi souvent projeté en haut et en dehors, ce qui détermine une exophtalmie plus ou moins marquée. Si l'on fait ouvrir la bouche du malade, on constate habituellement un affaissement de la voûte palatine du côté correspondant à la tumeur, et souvent une déformation plus ou moins accusée du rebord alvéolaire qui est tuméfié.

L'exploration par le palper permet de constater que la

peau de la joue est souple et facilement mobile sur la tumeur sous-jacente. Celle-ci est dure, tant que la paroi osseuse qui la recouvre n'est pas rompue, mais lorsque cette rupture s'est faite la tumeur qui vient alors faire pour ainsi dire hernie par l'orifice osseux, comme dans notre observation personnelle, présente généralement une pseudo-fluctuation plus ou moins nette. Si l'on explore ensuite le maxillaire supérieur du côté de la cavité buccale, on constate comme dans l'épulis sarcomateuse une consistance très inégale dure par places, molle par d'autres. Enfin, l'exploration de l'arrière-cavité des fosses nasales révèle presque toujours des masses végétantes plus ou moins volumineuses qui viennent faire saillie à l'orifice postérieur de la narine obstruée.

A cette période, les symptômes fonctionnels sont assez accusés. Le malade éprouve souvent une douleur peu intense, mais sourde et continue au niveau de la joue tuméfiée ou au niveau de l'arcade alvéolaire envahie. Quelquefois, il y a des irradiations du côté des nerfs dentaires et sous-orbitaires. La respiration est très pénible et le patient est obligé de dormir la bouche ouverte, ce qui détermine une sécheresse de la gorge souvent très désagréable. La mastication et la déglutition sont très gênées et souvent il s'écoule de la bouche une salive plus ou moins abondante et infecte. L'odorat est presque nul ; l'ouïe du côté malade est très affaiblie, et enfin il n'est pas rare d'observer du côté de l'œil correspondant soit une diminution d'acuité visuelle, soit même de la diplopie.

A ce moment l'état général auparavant très satisfaisant ne tarde pas à s'altérer, et nous entrons alors dans la troisième période.

3° *Période de terminaison.* — Les téguments jusque-là restés sains au niveau de la tumeur adhérent à celle-ci, deviennent violacés et finalement se laissent perforer par des bourgeons exubérants qui viennent faire saillie au dehors. Du côté des fosses nasales, la cloison est souvent détruite et la narine du côté opposé obstruée. La voûte palatine elle aussi se laisse perforer et la tumeur vient faire saillie dans la bouche.

Les symptômes fonctionnels que nous avons énumérés tout à l'heure présentent alors leur maximum d'intensité. La déglutition et la respiration en particulier sont presque impossibles. Aussi le malade ne tarde-t-il pas à succomber aux progrès croissants de la cachexie ; à moins qu'une complication n'ait auparavant hâté le dénouement (broncho-pneumonie, œdème de la glotte, hémorragie foudroyante).

Dans la forme pseudo-polypeuse qui nous occupe, le diagnostic n'est à faire que pendant la première période avec les polypes des fosses nasales. Plus tard, le sarcome présente le même aspect que celui qui a commencé par le rebord alvéolaire, par le centre de l'os ou par l'angle de l'œil. Au début, au contraire, il est très important de distinguer le sarcome qui commence en bouchant la narine du simple polype muqueux des fosses nasales.

Du côté des fosses nasales, les végétations sarcomateuses qui font saillie de ce côté ne ressemblent nullement aux végétations polypeuses habituelles ; elles sont plus friables et saignent plus facilement. D'ailleurs, il est facile d'enlever par cette voie une parcelle de la tumeur et de l'examiner au microscope.

Cet examen histologique est encore la meilleure façon de faire le diagnostic avec le fibrome naso-pharyngien, et nous devons ajouter que le laboratoire lui-même peut laisser des doutes, les fibromes naso-pharyngiens étant le plus souvent des fibro-sarcomes. Dans l'observation du docteur Le Nouène l'opération fut entreprise avec le diagnostic de fibrome naso-pharyngien, et c'est au cours de l'intervention que le chirurgien s'aperçu du point de départ maxillaire de la tumeur.

Le diagnostic des sarcomes du maxillaire supérieur varie suivant l'âge, suivant le volume de la tumeur, suivant la rapidité de son accroissement, suivant la précocité de l'intervention, enfin surtout, suivant la variété de sarcome à laquelle on a affaire.

D'après Estlander, plus l'individu est âgé, plus la malignité du sarcome est à craindre, et c'est pourquoi suivant cet auteur, à partir de l'âge de 40 ans, presque toujours les sarcomes sont confondus avec les cancers.

D'une façon générale la malignité de la tumeur, d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, est nettement proportionnelle tant à son volume qu'à la rapidité de son accroissement.

La précocité de l'intervention joue également un grand rôle au point de vue du pronostic, et plus l'opération est en effet faite tôt, et plus il y a lieu d'espérer une guérison radicale.

Mais, c'est surtout de la variété du sarcome que dépend le pronostic. Il est, en effet, actuellement bien prouvé que les sarcomes myéloïdes évoluent quelquefois très lentement (cinq, dix ans et plus), et peuvent dans certains cas,

guérir définitivement après une intervention complète. Les sarcomes encéphaloïdes ou fascicules, au contraire, évoluent habituellement en un an, et récidivent toujours après l'opération qui n'amène le plus souvent, hélas, qu'une survie insignifiante.

Traitement

Les tumeurs malignes étant toujours plus ou moins diffuses, et beaucoup plus étendues en réalité qu'en apparence, commandent une large résection de l'os ou des os malades avec extirpation de toutes les parties suspectes d'envahissement. « Cette règle, dit Heydenreich, peut être appliquée sans trop de rigueur quand on se trouve en présence d'un sarcome myéloïde. Elle est de la plus haute importance, au contraire, quand il s'agit d'un sarcome encéphaloïde ou fasciculé ». L'indication est donc formelle, il faut opérer et opérer largement dans le cas de sarcome du maxillaire supérieur, à moins cependant que le malade ne soit arrivé à la troisième période, auquel cas il lui serait impossible de supporter la moindre opération.

Passons maintenant rapidement en revue les principaux procédés jusqu'alors mis en pratique, pour la résection du maxillaire supérieur et qui ne diffèrent guère entre eux que par la forme et la situation de l'incision faciale.

Velpeau, Blandin, Syms, préconisaient une incision latérale externe.

Diffenbach avait recours à l'incision médiane, Nughier à l'incision transversale, etc.

Malheureusement ces différentes incisions avaient le grave défaut :

- 1° De ne pas donner assez de jour ;
- 2° De léser le canal de Sténon ou les branches du facial.

Gensoul, de Lyon, lui, taillait un large quadrilatère qu'il disséquait de haut en bas, et attaquait ensuite à la gouge et au maillet les points d'attache du maxillaire supérieur.

Velpeau faisait une incision unique partant de la commissure labiale pour se rendre vers le milieu de l'os malaire entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille.

Cette incision décrivait une courbe au-devant du canal de Sténon qui n'était pas blessé.

On relevait ensuite le lambeau supérieur en sectionnant le nerf sous-orbitaire. On détachait la main de la branche montante du maxillaire supérieur. On traversait la paroi interne de l'orbite avec un trocart pour permettre de passer la scie à chaîne avec laquelle on sciait l'apophyse montante. On soulevait l'œil et l'aponévrose orbito-oculaire. On introduisait la scie à chaîne sous la fente sphéno-maxillaire, et on divisait avec elle l'apophyse malaire. A ce moment l'os ne tenait plus que par sa partie horizontale qu'on sectionnait dans le sens antéro-postérieur, soit avec la scie à chaîne, soit avec la pince de Liston. Il suffisait alors pour arracher le maxillaire de le saisir avec un davier et de l'abaisser de haut en bas en le tordant en dehors.

Lisfranc préconisait deux incisions :

- 1° Une incision partant de la commissure labiale et

finissant directement au niveau de l'angle externe du frontal. Cette incision évitait le canal de Sténon.

2° Une incision partant de la partie médiane du bord libre de la lèvre supérieure, contournant la narine et remontant parallèlement à l'axe de la face, jusqu'à une ligne ou deux au-dessous de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Lisfranc obtenait ainsi un vaste lambeau à base supérieure.

Heyfelder et Diffenbach préconisaient également deux incisions. L'une d'elles commençait à la racine du nez, passait par le milieu de cet organe et divisait le milieu de la lèvre supérieure.

L'autre transversale, très courte allait du commencement de la première à l'angle interne de l'œil. On avait ainsi un vaste lambeau que l'on pouvait rejeter sur la région externe.

Chassaignac ajoutait aux incisions précédentes une incision horizontale le long du bord orbitaire.

Fergusson, Maisonneuve et Bouchet, pratiquaient l'incision latérale interne en ligne brisée et faisaient en outre une incision transversale qui, partant de l'extrémité supérieure de la première, suivant le bord adhérent de la paupière inférieure.

E. Nélaton limitait son lambeau à l'aide d'une incision qui commençait par diviser verticalement la lèvre supérieure, contournait l'aile du nez, puis décrivait une courbe concave en bas, venait rejoindre le sillon oculo-palpébral à l'union du tiers interne avec le tiers moyen. L'incision classique actuelle porte le nom d'incision de Nélaton ; elle en diffère cependant par ce fait, qu'elle remonte le long

du nez jusqu'à l'angle interne de l'œil et se dirige ensuite transversalement en dehors.

Pour éviter la difformité habituellement très marquée qui résulte de l'ablation du maxillaire supérieur, Ollier a conseillé la résection sous-périotée, qui, suivant cet auteur aurait l'avantage de permettre à l'os de se reformer. Malheureusement cette méthode est le plus souvent impraticable.

Enfin, M. Létievant, de Lyon, a préconisé et mis en pratique lui-même un procédé qui conserve le nerf sous-orbitaire et de plus ménage un trépied osseux qui empêche la joue de s'affaisser. Mais ce procédé comme le précédent n'est pas applicable dans le cas de sarcome du maxillaire supérieur, car celui-ci nécessite une résection complète ; nous n'avons donc pas à insister. D'ailleurs la difformité n'est pas aussi forte qu'on serait tenté de le supposer, grâce aux appareils prothétiques qui ont le double avantage de diminuer cette difformité et de remédier autant que possible aux troubles fonctionnels.

Le procédé qui nous paraît le plus recommandable est celui décrit par Farabeuf dans son traité de médecine opératoire. Nous ajouterons que la modification que nous avons vu effectuer par le docteur Le Nouène nous a semblé très heureuse au point de vue de la rapidité de l'intervention. Ce chirurgien, suivant une technique qu'il a publiée, en 1901, dans les archives provinciales de Chirurgie, pratique toute l'opération en se servant uniquement du ciseau et du marteau à l'exclusion de la pince coupante et de la scie à chaîne, à laquelle il reproche surtout la fragilité.

Observations

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance du Docteur Le Nouène (du Havre)

Sarcome du maxillaire supérieur à forme pseudo-polypeuse

François L..., 38 ans, est examiné par le docteur Laurent, du Havre, en septembre 1914, au cours des revisions militaires. Cet homme présente un développement monstrueux de sa fosse nasale gauche qui a le volume d'une mandarine et est remplie d'une tumeur en grains de raisins faisant issue par la narine. Le docteur Laurent montre ce sujet au docteur Le Nouène, chirurgien au Havre, qui le fait admettre dans son service de l'hôpital Pasteur.

La tumeur en forme de grains de raisin semble localisée à la fosse nasale gauche et donne l'aspect de masse polypeuse, sans adhérence avec les parois du nez. L'os maxillaire supérieur paraît normal, sans abaissement de la voûte palatine ni affaissement du sillon gengival. L'examen de la gorge montre que les tumeurs polypeuses s'étendent au rhinopharynx qui en est rempli. Le sujet respire encore convenablement et on peut s'en étonner, car outre que sa fosse nasale gauche n'existe plus puisque les masses polypeuses la remplissent en la débordant par devant et par derrière, la cloison du nez est fortement repoussée dans la fosse nasale gauche.

Un des polypes rouges et mollasses est enlevé pour examen histologique qui permet de faire le diagnostic de sarcome à myéloplaxes très volumineux.

Pour faire une ablation large de la tumeur en raison du diagnostic de tumeur maligne, le docteur Le Nouène décide de réséquer le maxillaire supérieur gauche comme voie d'accès, suivant la technique en usage dans certains polypes naso-pharyngiens.

Opération le 22 septembre 1914. Anesthésie au chloroforme. Résection du maxillaire supérieur gauche suivant le procédé décrit dans Farabeuf, avec cette différence que la résection est faite uniquement à l'aide du ciseau de Mac-Ewen, à l'exclusion de la pince de Liston et de la scie à chaîne. Dans ce cas particulier le chirurgien qui avait déjà employé ce procédé au cours de deux autres ablations du maxillaire supérieur, se félicita de sa rapidité car l'opération fut beaucoup plus sanglante que les autres fois et il y avait intérêt à enlever rapidement le maxillaire pour se rendre maître de l'hémorragie.

Au cours de la résection on remarqua déjà que l'os lui-même était malade et l'examen pratiqué ensuite au microscope montra que le sarcome était étendu au maxillaire qui était dégénéré dans sa partie centrale, les volumineux polypes du nez et du pharynx n'étant que des expansions de la tumeur de l'os.

La peau fut suturée aux crins de Florence. Le sujet fut très shocké par l'intervention. Cependant les jours suivants, il parut se remettre, mais le cinquième jour se déclara une broncho-pneumonie à laquelle il succomba le 30 septembre.

OBSERVATION II (Le Chaux, 1899)

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale. Guérison opératoire

Le nommé R..., âgé de 42 ans, mécanicien, entre le 20 décembre 1898 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 25, pour une tumeur de la joue gauche, diagnostiquée par le professeur Castex comme sarcome du maxillaire supérieur.

Pas d'antécédents héréditaires spéciaux.

Aucun antécédent personnel à signaler.

Débuts de la maladie actuelle.

Il y a trois ans, le malade qui jusque-là n'avait eu aucune prédisposition aux épistaxis, s'aperçut qu'il saignait très facilement du nez.

Toutefois le malade ne prit d'abord pas garde à ces épistaxis et quoique par moment il se trouvât un peu épuisé, il persista à travailler.

Au bout de six mois, notre malade sur le conseil de quelques-uns de ses amis, se décida à aller consulter un spécialiste. Celui-ci examina longuement le patient et conclut finalement à l'existence de polypes nasaux. Ces polypes, disait-il, remplissaient complètement la narine gauche, d'où la gêne respiratoire et recouvraient l'orifice de la trompe d'Eustache gauche, d'où la surdité de ce côté.

Le médecin procéda séance tenante à l'extraction des polypes, sous anesthésie locale. A l'aide d'une pince recourbée il arracha en tordant cinq ou six masses charnues de la grosseur chacune d'un petit pois.

Les jours suivants, B... se sentit très soulagé, il respirait maintenant très facilement par la narine gauche et il se serait cru même définitivement guéri, disait-il, si sa surdité avait disparu ; mais celle-ci persistait malheureusement toujours.

Le soulagement fut d'ailleurs de courte durée. Au bout d'un mois, en effet, la narine gauche s'obstruait de nouveau et la respiration redevenait difficile de ce côté, en même temps que les épistaxis réapparaissaient presque aussi fréquemment qu'autrefois. Au bout de quatre mois, tout le bénéfice de l'opération semblait perdu.

Mais à ce moment, l'attention du malade fut attirée par un autre détail. Un peu au-dessous de son œil gauche, apparaissait, en effet, une petite tumeur qui grossissait chaque jour un peu. Après s'être adressé à un dentiste qui constata la présence de deux dents cariées qu'il lui enleva à un mois d'intervalle, avec

chaque fois production d'une fistule donnant lieu à un écoulement purulent et d'odeur infecte, n'amenant d'ailleurs chaque fois qu'une amélioration passagère.

Il s'adressa au docteur Castex qui le renvoya au professeur Le Dentu qui fit le diagnostic de sarcome du maxillaire supérieur.

Examen à l'entrée à l'hôpital Necker le 20 décembre 1898.

Inspection. — On constate au niveau de la joue gauche, l'existence d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, qui mesure environ 4 centimètres dans son plus grand diamètre ; et de deux centimètres dans son diamètre transversal.

En haut, cette tumeur commence à environ deux centimètres au-dessous de l'angle externe de l'œil.

La narine gauche est beaucoup plus élargie dans le sens transversal que la narine droite.

Elle est à peu près complètement bouchée par des petites masses charnues exubérantes que l'on aperçoit assez profondément situées. Le malade ne peut donc presque pas respirer par cette narine ; et quand il se mouche en faisant effort de ce côté, il détermine l'écoulement d'un liquide muco-purulent infect souvent strié de sang.

Il n'entend presque plus de l'oreille gauche.

Il y a un peu d'exophtalmie de l'œil gauche ; mais la vue n'est presque pas affaiblie de ce côté. Pas de diplopie. Un peu d'épiphora.

Si l'on fait ouvrir la bouche du malade, on constate que la voûte palatine a une forme ogivale, mais est asymétrique. Cette asymétrie tient à ce que le rebord alvéolaire supérieur du côté gauche est très augmenté de volume. Au lieu de mesurer seulement un centimètre dans le sens transversal comme le rebord alvéolaire droit, il mesure surtout au niveau de la région des grosses molaires, plus de deux centimètres de largeur.

Palpation. — La tumeur de la joue qui, comme nous l'avons déjà dit, est depuis qu'elle existe, le siège d'une douleur légère, mais sourde et continue est simplement sensible à la pression.

Elle est^e nettement pseudo-fluctuante sur toute son étendue. Elle semble avoir perforé le maxillaire supérieur pour venir faire saillie sous la peau, car tout autour d'elle on détermine facilement par la palpation le pourtour d'un orifice osseux.

La peau de la joue est absolument souple et mobile sur la tumeur.

Du côté de la bouche le rebord alvéolaire supérieur gauche est très dur dans toute son étendue, sauf au niveau de la première molaire gauche où il semble un peu ramolli.

L'exploration par le toucher de l'arrière-cavité des fosses nasales, permet de constater l'existence de végétations molles, facilement saignantes, au niveau de l'ouverture postérieure de la fosse nasale gauche.

L'état général du malade reste satisfaisant. Il n'a d'ailleurs pas senti ses forces baisser et n'a jamais cessé de travailler.

Opération le 24 décembre 1898. Chloroforme.

On pratique la résection du maxillaire supérieur, on cautérise au thermocautère la vaste cavité formée par l'ablation de cet os et on tamponne fortement celle-ci.

Le malade sort de l'hôpital, au bout de trois semaines.

Examen de la pièce enlevée. La face externe du maxillaire supérieur est perforée par une masse molle de coloration gris-rougeâtre qui s'étend surtout dans le sens vertical et qui mesure environ 4 centimètres de hauteur sur 2 de largeur.

Le sinus maxillaire est absolument rempli de végétations analogues qui tapissent également la face interne de l'os. Celui-ci n'est pas très déformé dans son ensemble, sauf au niveau de son rebord alvéolaire qui est très élargi.

L'examen histologique fait au laboratoire du service a démontré qu'il s'agissait nettement d'un sarcome myéloïde.

OBSERVATION III

*Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.
Survie inconnue (Estlander, loc. cit. in thèse Arnal, 1880)*

Erik-Johann Oliv..., 53 ans, domestique d'Ingo.

Pas d'antécédents héréditaires du cancer. Affaibli et souffrant depuis le mois de février 1876. Il avait été frappé peu auparavant sur la joue gauche par un débris de cheminée. A partir de ce moment, celle-ci devint le siège d'une douleur et d'une tuméfaction qui ne disparurent jamais complètement : la région resta sensible au froid.

Vers le milieu de l'été, il eut une épistaxis par la narine gauche, d'autres la suivirent dans le cours de l'année; plus tard, une molaire supérieure devint douloureuse et molle.

28 juillet 1877. — Il se présente à la polyclinique chirurgicale : on enlève la dent et par l'alvéole vide une sonde est introduite jusque dans le sinus. La gencive est tuméfiée et on pouvait la traverser avec l'aiguille à acupuncture ; on diagnostique un ostéo-sarcome et on engage le malade à revenir à l'hôpital le plus tôt possible. Depuis ce moment, la tuméfaction de la joue augmente, les épistaxis devinrent plus fréquentes, il y eut en outre un écoulement séro-sanguinolent par la même narine.

4 octobre 1878. — Le malade entre à l'hôpital Petit, ayant peu d'embonpoint, aucune lésion appréciable des organes internes. Tuméfaction de la joue gauche s'élevant de l'aile du nez à l'os malaire et du côté de la bouche jusqu'à la ligne médiane. Les téguments de la joue sont rouges et adhérents à la tumeur : pas d'ulcération ; fibro-muqueuse palatine d'aspect normal. Œil repoussé en haut et en dehors, rebord sous-orbitaire mousseux et noueux. Narine gauche imperméable à l'air, obturée par une masse charnue et rougeâtre. L'os peut être traversé partout avec l'aiguille. Les molaires sont mobiles ; opéré le même jour. Résection du maxillaire supérieur gauche. Cautérisation avec le thermo-cautère des parties saignantes du

maxillaire supérieur droit et de plusieurs points des bords de la plaie dont le tissu semble de même nature que la tumeur ; abatement marqué à la suite de l'opération ; cependant le malade se remit rapidement et il sortit guéri le 4 novembre 1878.

OBSERVATION IV

*Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale.
Survie inconnue. (Th. de Ch. Guillaume, 5-8-1875,
in thèse Arnal 1880).*

Cy... François, 32 ans, de constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin, n'a jamais été malade. Pas d'antécédents syphilitiques. Père mort d'un cancer de l'estomac, frère mort d'un cancer de la langue. En septembre 1873, sans cause connue, il a été pris d'une gêne du côté des fosses nasales, qu'il a attribué à un rhume de cerveau : cette gêne a augmenté et il a remarqué dans l'épaisseur de la joue gauche, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur du volume d'une noisette située profondément en dehors de la peau. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher, elle s'est développée assez rapidement et est venue faire saillie à l'extérieur. A partir de ce moment l'obstruction de la fosse nasale est devenue complète et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus violentes qui revenaient par accès. Il a consulté un médecin qui croyant avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire a ouvert cette cavité au moyen d'une large incision faite entre la joue et les gencives des deux premières molaires.

Le 15 juin 1874. — Nous le trouvons dans les conditions suivantes : le côté gauche de la face est déformé par une tumeur du volume d'un œuf de poule située au-dessous du bord inférieur de l'orbite. La peau qui la recouvre est saine et mobile a sa surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique, peu

douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On y perçoit aucune crépitation osseuse. Elle semble développée au-devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le sinus. La fosse nasale gauche est le siège d'une tuméfaction qui l'oblitére complètement.

La voûte palatine est déformée, elle est le siège d'une bosse-lure circonscrite qui correspond au niveau de la portion horizontale de l'os palatin et qui offre une certaine élasticité sans fluctuation. Rien d'apparent du côté de l'orbite, l'œil n'est pas dévié, la vision n'est pas troublée.

Deux ponctions du sinus donnent lieu à l'issue d'un liquide noir sanguinolent et fétide.

En faisant cette ponction on a constaté que l'instrument, après avoir traversé une coque charnue d'une certaine épaisseur pénétrait dans une cavité libre. Une ponction semblable est faite par la voûte palatine dans le point où il existe de la tuméfaction et l'instrument arrive dans le sinus sans trouver de résistance osseuse. On en conclut que l'os palatin est détruit, que le sinus est vide et que la tumeur est développée sur la paroi antéro-externe de cette cavité, qu'elle a pour point de départ le maxillaire qui est déjà altéré en grande partie.

Le docteur Pean qui a examiné le malade avec le docteur Hardy pense comme lui que la tumeur est un cancer et conseille l'ablation du maxillaire.

Opération pratiquée le 12 mai 1874 par le docteur Hardy, assisté de MM. Berrut, de Vachez et nous.

Procédé de Velpeau. Sections osseuses avec cisailles de Liston.

Rien de particulier à signaler, 8 points de suture.

Examen de la tumeur. — Fait par M. le professeur Laveran démontre la variété de tumeurs dites sarcome myéloïde.

Quelques temps après la tumeur récidive et avec une rapidité telle que le 10 juin elle remplit tout le côté correspondant de la bouche, distend la joue et menace de faire rompre la cicatrice.

M. Hardy n'hésite pas à enlever toute cette masse fongueuse et à pratiquer ces cautérisations énergiques avec une solution concentrée de chlorure de zinc. La tumeur se reproduit de nouveau.

Conclusions

I. Certains sarcomes du maxillaire supérieur se présentent sous une forme pseudo-polypeuse qui les fait considérer d'abord comme des polypes des fosses nasales.

II. Le diagnostic se fait par l'apparence molle et rougeâtre de ces pseudo-polypes tranchant avec l'aspect classique des myxomes du nez et surtout par l'examen histologique d'un prélèvement de la tumeur.

III. Il est important de pratiquer le plus tôt possible l'examen histologique pour que le traitement soit aussi hâtif que possible.

IV. La résection complète du maxillaire supérieur est le seul traitement qui doive être appliqué.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- HEYDENREICH. — Tr. de chirurgie, Duplay et Reclus, T. V, p. 166.
- NIMIER. — Tr. de chirurgie, Le Dentu et Delbet, T. V, p. 867.
- PEYROT. — Pathologie externe (agrégés : 4), T. III, Article : Tumeurs du maxillaire supérieur.
- LEJARS. — Leçons de clinique chirurgicale de la Pitié, 93-94, p. 317.
- LE DENTU. — Leçon clinique sur les sarcomes du maxillaire supérieur, 24 déc. 98.
- ESTLANDER. — Etude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur, traduite du Suédois, par L. Thomas, *In Revue de méd. et de chirurg.*, 1879, t. III, p. 380.
- ARNAL. — Tumeurs du maxillaire supérieur, Th. Paris, 1880.
- BERTIER. — Tumeurs du maxillaire supérieur et résection. — Th. Montpellier, 1877.
- JACQUELIN. — Th. Paris, 1875. Etude sur l'épithélioma des maxillaires.
- GUILLAUME. — Th. Paris, 1875. Etude clinique des tumeurs du maxillaire supérieur.
- E. NELATON. — Tumeurs à myéloplaxes. — Th. Paris, 1860.
- TERRILLON et BETZ. — Tumeur myéloïde du maxillaire supérieur, généralisation osseuse. — *Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 56.
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
- LANNELONGUE. — Histoire des tumeurs fibro-plastiques, in mémoire de l'Acad. de Méd., 1868.

- BROCA. — Traité des tumeurs, Tome deuxième.
- FOLLIN. — Archives méd., 1854.
- KOLACZEK. — Ueber den Angiosarkom, in *Deutsch. Zeitschrift f. clin.* ; 1878, t. IX, p. 1 et 165.
- MARSHALL. — Sarcoma of supérieur maxilla in a child eight years old, removal, in *British med. jour.* 1883, t. II, p. 107.
- RECLUS. — De l'épithélioma térébrant du maxillaire super. Progrès méd., 1826, p. 795 et 836.
- MOREL. — Contribution à l'étude des épithéliomas du maxillaire supérieur. Th. Paris 1879.
- VERNEUIL. — Epithélioma des maxillaires. — *Journal des Connaiss. méd.*, 1883, p. 234.
- BARKER. — Epithélioma of cysper janv., in *Brit. méd. journal*, 1884, t. II, p. 909.
- MALASSEZ. — Sous le rôle des débris épithéliaux paradentaires. — *Arch. de phylol.*, 1883, p. 309.
- BOUDE. — Zur statistik der carcinome der oberen gesichtsgegend, in *Arch. f. klin. chir.*, 1889, t. XXXVI, p. 207.
- FARABEUF. — Traité de méd. opératoire.
- CHALOT. — Traité de médecine opératoire.
- LECÈNE. — Médecine opératoire.
- LENORMANT. — In Précis de Pathologie Chirurgicale (9 Agrégés) 1920.

